

A 19-29/9/60

## หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	[REDACTED]	อายุ	ปี
H.N.	Ward เลข 1 3 0		
บันทึก	/ /		

[REDACTED]
------------

แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดท่าที่จำเป็น)

ใบหน้าอุปกรณ์ที่ต้องห้ามการตรวจรักษา

 ยา ยาสูบ
 

[REDACTED]
------------

[REDACTED]
------------

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์ [REDACTED] ลงนาม [REDACTED] วันที่ [REDACTED]  
 ขั้นตอนนี้ได้มีความเข้าใจเป็นอย่างเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติในโรงพยาบาลสหคุณภาพวินิจฉัย ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์  
 (นายศักดิ์วิภาดาชัยเดช) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการต่อไปดังนี้ โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในการนี้ที่มีการ  
 ปฏิบัติแบบของทางการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้างต้นนี้ได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาโดยนา  
 ให้ในส่วนผลกระทบต่อสุขภาพในการรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ความยินยอมได้ด้านปกติหรืออยู่ในภาวะอุบัติภัย ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบ  
 คำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาทั้งหมด

ลงชื่อ _____	ผู้ป่วยได้รับทราบ	ลงชื่อ <input checked="" type="checkbox"/> ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____ ผู้แทนผู้ป่วยได้รับทราบ
( บุตรสาว)	( X)	( บุตรสาว)
ลงชื่อ _____		ลงชื่อ _____ พยาน
( บุตรสาว)		( บุตรสาว)

การให้รับอนุญาตเพิ่มเติมกรณีเป็นข้อบ่งบอกการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบ  
 ข้อบ่งบอกการรักษา/หักดักการความร้ายละเอียดแบบ... "ระบุหัวสืบทอดที่เอกสารของหักดักการในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำนำ  
 ลงนามพร้อมรับที่และควรพิจารณาท่าผู้ป่วยและ/หรือพยานฯ เป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่

ลายเซ็น
[REDACTED]

- ครั้งที่ 1 วันที่ \_\_\_\_\_ ความร้ายละเอียดแบบ \_\_\_\_\_
- ครั้งที่ 2 วันที่ \_\_\_\_\_ ความร้ายละเอียดแบบ \_\_\_\_\_
- ครั้งที่ 3 วันที่ \_\_\_\_\_ ความร้ายละเอียดแบบ \_\_\_\_\_
- ครั้งที่ 4 วันที่ \_\_\_\_\_ ความร้ายละเอียดแบบ \_\_\_\_\_

## CASE 1

# หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจร่างกายตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN. _____ ห้อง 150/2 เลขบ้านเลขที่ 10.30 ว. อุบลราชธานีพืช Refer	
---	--

ลายเซ็นแพทย์  
รหัสแพทย์

ให้แพทย์ทำการที่ต้องการตรวจร่างกาย

แผนกวิชาชีพ (แพทย์จดรายละเอียดเพิ่มเติมที่เข้าเป็น)

หู, คอ, เศรษฐ์,  
 ผิวหนัง,  
 น้ำดื่มเพิ่มเติมโดย

Cervical aus. hemangioma

อายุ

เกณฑ์มาตรฐาน

รับทราบได้รับคำอธิบายจากแพทย์ที่มีแพทย์ทั้งสอง

จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาระบุผู้ต้องรับการตรวจร่างกายที่มีในโรงพยาบาลและสถานศึกษา รับทราบข้อมูลที่ให้แก่แพทย์ (นามแพทย์ผู้รักษาดูแล) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถสอบถามได้ทุกครั้งที่ต้องการ โดยคำนึงถึงมาตรฐานบริการ ในการนี้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการรักษาบันทึกหรือแผนการรักษาซึ่งมาได้รับคำอธิบายที่มีเดิมและรับทราบมีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องระบุสาเหตุที่ใช้ในการขอรับการตรวจรักษานั้นจริงที่ไม่ชอบด้วยเจ้าหน้าที่

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือด้วยสาเหตุอุบัติการณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและเป็นยอมรับการตรวจรักษาก็ถือว่า

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ป่วยให้คำยินยอม

ลงชื่อ \* คุณพ่อแม่ พ่อแม่ผู้ป่วยให้คำยินยอม

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ลงชื่อผู้ป่วย

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ลงชื่อพ่อแม่

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการรักษาบันทึกหรือรักษาจากที่นัดไปให้แล้วและหากได้รับนายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบข้อมูลการรักษา/หัวด้วยความระมัดระวังแบบ... “ระบุหัวข้อเช่นที่ยกตัวอย่างดังการในช่องว่างด้านล่าง” แพทย์ผู้ให้คำแนะนำจะลงนามพร้อมวันที่และตราประทับไว้ผู้ป่วยและ/หรือพ่อแม่เจ้าบ้านดังที่ต้องลงนามไว้รองหัวอ่อนไว้

ครั้งที่ 1 วันที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ลายเซ็น

ครั้งที่ 2 วันที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 3 วันที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 4 วันที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

## หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจร่างกายตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ		อายุ _____ ปี
หม.	Word. เลข 1 10	
นามสกุล		

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้

แพทย์

ฯลฯ

--

แพทย์ตรวจ (แพทย์ลงรายละเอียดหากท่านได้เข้ามื้น)

 ชาย หญิง ไม่ระบุเพศเดิมไปแล้ว อื่นๆ

\_\_\_\_\_

โฉนดหรือเอกสารที่ต้องห้ามการตรวจร่างกาย

ม.ว. ๑๖๕๗

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนักกฎหมายแพทย์ผู้ให้แพทย์ วันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๓ ตามที่เขาใจเรื่องความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยว่าข้าพเจ้าได้ดีด้ในโรงพยาบาลส่งเสริม康วินิท์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามที่ออกสำเนาข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวด้านตน โดยอาศัยเงื่อนไขมาตรฐานวิชาชีพ ในการปฏิบัติการตรวจร่างกายดังนี้  
๑. ให้แพทย์ตรวจร่างกายข้าพเจ้าเมื่อใดก็เมื่อใดที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและเข้าใจว่ามีสิทธิถอนตัวจากการรักษาของแพทย์โดยไม่ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้บ่าวไม่สามารถให้ความยินยอมได้ตามปกติให้อัปสั่งไม่ได้ทางกฎหมายให้ผู้บ่าวมีญาติให้ความยินยอมแทน ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติให้ผู้บ่าวมีครอบครองให้รับทราบคำอธิบายและยินยอมในกระบวนการตรวจร่างกายดังกล่าว

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

เป็นการยินยอม

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ลงชื่อเป็นผู้ดำเนินการ

ลงชื่อเป็น

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

การให้รับอนุญาติเมื่อแรกเกิดเมื่อยืนยันผลการตรวจร่างกายจากที่นั่งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้บ่าว/ญาติได้รับทราบข้อมูลการวินิจฉัย/หักอกการค่าธรรมเนียมต่อไปยังคงแบบ... “ระบุว่าที่ต้องการที่เอกสารของหักอกการในช่องว่างด้านซ้าย” แพทย์ผู้ให้คำแนะนำฯลฯ ลงนามการรับรองวันที่และควรพิจารณาว่าผู้บ่าวและ/หรือพบานฯ เป็นต้อง昏านวันร่วมกันหรือไม่ (ใน)

ครั้งที่ 1 วันที่ ๙.๐๙.๖๓ พ.ศ.๖๘ ณ ถนนที่ ๕๐๙ ต.น้ำตก อ.น้ำตก ค่าธรรมเนียม \_\_\_\_\_

ค่าธรรมเนียมเดิมเดิม

ครั้งที่ 2 วันที่ \_\_\_\_\_ ค่าธรรมเนียมเดิมเดิม

ครั้งที่ 3 วันที่ \_\_\_\_\_ ค่าธรรมเนียมเดิมเดิม

ครั้งที่ 4 วันที่ \_\_\_\_\_ ค่าธรรมเนียมเดิมเดิม

ลายเซ็น	
<u>แพทย์</u>	

## หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจร่างกายตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้		ช.
H.N.....	Ward/OPD .....	

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบ  
ราชบัณฑิต 11/๓๐

--

ใบอนุญาตการที่ต้องทำการตรวจร่างกาย

*Convenor*

แผนการรักษา (แพทย์จะระบุและเลือกที่ต้องเข้าเป็น)

กษา

พัสดุ

รับจดหมายเพิ่มเติมโดย

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์  
จนเข้าใจถึงความจำเป็นขั้นเป็นพื้นฐานให้ต้องเข้ารับ  
การตรวจร่างกายดังนี้ แสดงถึงความสามารถทางการตรวจร่างกายดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการ  
เปลี่ยนแปลงของภาระตรวจรับเชิญแพทย์แผนการรักษาข้าพเจ้ามีลักษณะที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาหากพบ  
ให้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่เข้าใจในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือซึ่งไม่มีการอุบัติการณ์ ผู้มีอำนาจพำนักกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบ  
คำอธิบายและยินยอมรับการตรวจร่างกายดังกล่าว

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

บุตรของเป็น

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ๙ ๘๔

(\_\_\_\_\_)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

บุตร

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

การให้รับอนุญาตเพิ่มเติมกรณีเป็นไปตามมาตรา (...) ให้รับทราบ  
ข้อบัญญัติการรักษา/พัสดุการตรวจร่างกายดังนี้ “ระบุว่าทั้งแพทย์และผู้ป่วยต้องทราบเรื่องการให้รับทราบด้านล่าง” แพทย์ผู้ให้คำแนะนำฯ  
ลงนามพร้อมวันที่และตรวจสอบว่าผู้ป่วยและ/หรือพยาบาลฯ เป็นต้องลงนามรับทราบหรือไม่

ครั้งที่ 1 วันที่ \_\_\_\_\_

--

--

ครั้งที่ 2 วันที่ \_\_\_\_\_

ความรายละเอียดแบบ \_\_\_\_\_


ครั้งที่ 3 วันที่ \_\_\_\_\_

ความรายละเอียดแบบ \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 4 วันที่ \_\_\_\_\_

ความรายละเอียดแบบ \_\_\_\_\_

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-ส.ค. Ward/In 1, 2 ชั้น	ชื่อ _____ อายุ _____ ปี	สายการบินเดินทาง รหัสเดินทาง _____
H.N. _____	Ward/OPD _____	

ไม่พบว่ามีอาการที่ต้องทำการตรวจรักษา

- ยา \_\_\_\_\_  
 ผ้าตัด \_\_\_\_\_  
 กิจกรรมเพิ่มเติมโดย \_\_\_\_\_ M.P.J.

กรณีที่ผู้ว่าไม่อนุญาตให้ความเห็นชอบได้ตามปกติหรือซึ่งไม่อนุญาตมิได้การะ ดูแลรักษาจดหมายเหตุของผู้ต้องหาอย่างเคร่งครัดและบันทึกไว้ในหนังสือรับรอง

ผลที่ ๑๙๔ ผู้ป่วยให้คำอธิบายของ ๙๗๕ ผู้ป่วยให้คำอธิบายของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

१५६

การให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มการรับรู้เชิงบวกหรือรักษาจากที่เมืองไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบข้อมูลการรักษา/พัฒนาการตามรายละเอียดเบน... “ระบุว่าทั้งหมดที่เอกสารของทีมดูแลการในช่วงว่าง空隙” แพทย์ผู้ให้คำแนะนำลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือญาติเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

**Figure 1.** The effect of the number of nodes on the performance of the proposed algorithm.

๘๙๖

รายงานผลเมือง

การตั้งค่า 2 ข้อที่

**5.4.2.4** *Information on the use of the system*

www.scholarone.com

การ์ดที่ 4 รันที่ \_\_\_\_\_